Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/4901

29. 06. 89

Große Anfrage

der Abgeordneten Frau Schmidt (Hamburg), Volmer und der Fraktion DIE GRÜNEN

Zu der Beteiligung der Bundesrepublik Deutschland an bevölkerungspolitischen Programmen in Entwicklungsländern

Die Entwicklung internationaler bevölkerungspolitischer Programme

Seit Ende der 60er Jahre werden von internationalen Organisationen und seit Mitte der 70er Jahre auch im Rahmen der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit der Bundesregierung in zunehmendem Maße bevölkerungspolitische Programme in Entwicklungsländern durchgeführt. Die Maßnahmen zur Kontrolle des Bevölkerungswachstums in der Dritten Welt haben, historisch gesehen, ihren Ursprung in den Aktivitäten namhafter Industriestiftungen der USA nach dem Zweiten Weltkrieg. So gründeten 1952 die Ford und die Rockefeller Foundation das Population Council, bis heute eine der größten privaten Träger von Bevölkerungsprogrammen und vor allem der Erforschung von neuen Verhütungsmitteln. Im gleichen Jahr konstituierte sich ebenfalls unter maßgeblicher US-amerikanischer Beteiligung die International Planned Parenthood Federation (IPPF), an deren Gründung von deutscher Seite Pro Familia beteiligt war.

Mit breitangelegten Kampagnen, die nach unserer Auffassung rassistische, kolonialistische und antikommunistische Komponenten aufwiesen, wurde das Szenario einer explodierenden Bevölkerung in Entwicklungsländern entworfen. Der Grund für die Verbreitung und Popularität dieser Propaganda für Bevölkerungskontrolle war der Konflikt der Industrieländer mit den nach Unabhängigkeit strebenden ehemaligen Kolonialländern und die Auseinandersetzung um ein kapitalistisches oder sozialistisches Entwicklungsmodell. Dieses Ziel machte sich USAID (United States Agency for International Development) zu eigen. Sie begann als erster staatlicher Träger, Bevölkerungsprogramme zu unterstützen. Schon damals wurde die bis heute gültige Strategie von USAID zur Bevölkerungskontrolle entwickelt: Ohne begleitende soziale Maßnahmen sollte das Bevölkerungswachstum durch eine „Überflutung" der Entwicklungsländer mit Verhütungsmitteln gebremst werden. USAID unterstützt die Bevölkerungskontrolle, um „die normale Durchführung der kommerziellen Interessen der USA" aufrecht zu erhalten (vgl. Greer: Sex and Destiny, London 1984, Seite 326). USAID und die Industriestiftungen der USA

finanzieren bis heute zahlreiche private Organisationen, die Sterilisations- und Familienplanungskampagnen in Entwicklungsländern durchführen, wie z. B. das Population Council, den Pathfinder Fund, den Church World Service, die Association for Voluntary Surgical Contraception, Family Planning Assistance etc.

Die Internationalisierung der Bevölkerungskontrollpolitik wurde 1969 mit der Gründung des United National Fond for Population Acitvities (UNFPA) eingeleitet. Auch die Weltbank beginnt 1969 erste Bevölkerungsprogramme z. B. in Kenia. Seit Beginn der 70er Jahre bekamen multilaterale Organisationen mehr Gewicht innerhalb der Bestrebungen zur Bevölkerungskontrolle in der Dritten Welt.

Die Beteiligung der Bundesregierung an der internationalen Bevölkerungspolitik

Die Unterstützung von bilateralen Bevölkerungsprogrammen beginnt die Bundesregierung mit Ausnahme des Bangladesch-Programmes im wesentlichen erst nach 1980. Nach Äußerungen eines Vertreters des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit spielten die Auseinandersetzungen mit Bevölkerungsfragen bei deutschen entwicklungspolitischen Vorstellungen schon frühzeitig eine Rolle. Danach „ist von Beginn der 70er Jahre an sorgsam darauf geachtet worden, unser Interesse in einer Weise zu zeigen, die uns Deutschen nach 12 Jahren Drittes Reich mit bevölkerungspolitisch fragwürdigen bis abstoßenden Methoden nicht den Vorwurf aussetzen würde, nunmehr im Rahmen der Entwicklungspolitik auf einen für alle Völker sensiblen, davon kulturellen und religiösen Vorstellungen tief geprägten Problemfeld als Lehrmeister auftreten zu wollen" (Dr. Wulf-Dieter Ernert, BMZ, Deutsche Entwicklungspolitik und Bevölkerungsfragen, in: Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen e.V. [DGVN], Bevölkerung und Entwicklung, Vorträge bei der Konferenz der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen in Walberberg [3. bis 5. Dezember 1986], Nr. 7, März 1987). Weiter führte er dazu aus, daß „mit Rücksicht auf die für uns Deutsche gebotene Vorsicht, sich auf diesem sensiblen Gebiet Entwicklungsländern gegenüber nicht zu exponieren, (...) zu Beginn der 70er Jahre die grundsätzliche Entscheidung (fiel), daß bevölkerungspolitische Zusammenarbeit die entwicklungspolitische Zusammenarbeit nicht ersetzen darf und daß Hilfen zur Bewältigung bevölkerungspolitischer Problemstellungen in Entwicklungsländern multilateral geleistet werden sollten" (a.a.O.).

Gleichzeitig bezeichnete Ernert selbst die amerikanischen Aktivitäten zur Beeinflussung des Bevölkerungswachstums als „knallharte hard-ware Methoden". Heute jedoch betrachtet die Bundesregierung dennoch Bevölkerungspolitik als integralen Bestandteil der Entwicklungspolitik und bietet besonders seit der Weltbevölkerungskonferenz 1984 verstärkt bilaterale Hilfe in diesem Bereich an.

Neben der quantitativen Begrenzung der Bevölkerung werden Familienplanungsprogramme – durchaus auch im Interesse der jeweiligen Länderregierungen – auch als Mittel der Aufstandsbe-

kämpfung und der selektischen Bevölkerungskontrolle eingesetzt. So meldete 1986 die mexikanische Tageszeitung Exzelsior, daß in Guatemala Sterilisationsprogramme vor allem an der indianischen Bevölkerung durchgeführt werden (Kleine Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN, Drucksache 10/5552). Darüber hinaus werden in Indien mit Hilfe der Amniocentese Geschlechtsbestimmungen vorgenommen und daraufhin jährlich zehntausende weiblicher Föten abgetrieben (dpa: 9. April 1986). Gleichzeitig wird es privilegierten Frauen mit In-vitro-Fertilisation ermöglicht, bei ungewollter Kinderlosigkeit doch schwanger zu werden. Singapur fordert offensiv den Nachwuchs von Akademikerinnen und belohnt gleichzeitig Sterilisationen von Frauen aus den ärmeren Schichten (Frankfurter Rundschau 17. Mai 1985).

Bevölkerungsentwicklung – Überlebenssicherung – Ökologie

In den Begründungen für die bevölkerungspolitischen Aktivitäten und Programme der Bundesregierung, der Weltbank, der UNFPA und der IPPF wird davon ausgegangen, daß Bevölkerungswachstum in den Ländern der Dritten Welt sowohl Entwicklung verhindert als auch eine Bedrohung für die Umwelt darstellt.

So stellt die UNFPA im Weltbevölkerungsbericht 1988 einen kausalen Zusammenhang zwischen Bevölkerungswachstum, Armut und Umweltzerstörung her. Noch deutlicher wird eine Studie der Bundesregierung zu Ökologieproblemen in der Dritten Welt: „Entscheidende Ursachen der zunehmenden Belastung und Zerstörung der natürlichen Ressourcen sind das rapide Bevölkerungswachstum und der rasch ansteigende Bedarf an Nahrungsmitteln, Energie und Rohstoffen in der Dritten Welt." Keiner der genannten Faktoren wird jedoch schlechter belegt als die Behauptung von der Überbevölkerung.

Zweifellos kann die Verdoppelung der Weltbevölkerung in den nächsten 70 Jahren eine ökologische Gefährdung mit sich bringen. Welche Ausmaße sie annimmt, ist jedoch weniger eine geographische, denn eine gesellschaftspolitische Frage. Denn bei gerechter Verteilung von Land und Ressourcen kann sich die Weltbevölkerung auch noch bei weitem Wachstum ernähren. Im einzelnen sind die Ursachen und Folgen ungleichgewichtiger Bevölkerungsentwicklungen nicht global, sondern nur im nationalen Rahmen darzustellen. Es gibt keinen direkten Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsdichte und dem Wohlstand eines Landes. Die Bundesrepublik Deutschland war 1984 mit 245 Einwohnern pro km dichter besiedelt als Indien (205), China (102) oder Mexiko (39). Energieprobleme in Ländern der Dritten Welt lassen sich ebenfalls nicht auf das Bevölkerungswachstum reduzieren. So verbraucht heute die Bevölkerung der Industrieländer, die nur 23 Prozent der Weltbevölkerung ausmacht, 76 Prozent der weltweit verfügbaren Energie, während die restlichen 24 Prozent im wesentlichen von den Ober- und Mittelschichten in den Ländern der Dritten Welt konsumiert werden.

Klimaveränderungen kommen durch den Anstieg des Kohlendioxidgehaltes in der Atmosphäre und durch die Freisetzung von

Fluor-Chlor-Kohlen-Wasserstoffen seitens der Industrieländer zustande.

Faktoren für Umweltzerstörung in der Dritten Welt sind ehrgeizige Industrie- und Infrastrukturprojekte, die Abholzung tropischer Wälder, Bodenerosion durch landwirtschaftlich nicht angepaßte Nutzung (Rinderfarmen, exportorientierte Landwirtschaft usw.). Die Schuldenkrise intensiviert den Raubbau an natürlichen Ressourcen durch den Zwang zur Devisenerwirtschaftung. Das von den nationalen Eliten angestrebte und von westlichen Regierungen und Gläubigerbanken mitfinanzierte Wachstums- und Modernisierungsmodell hat eine wachsende Zahl von Menschen von ihren ursprünglichen Subsistenzgrundlagen verdrängt und so erst eine relative „Überbevölkerung" im Verhältnis zum angestrebten Entwicklungsmodell hervorgerufen. Die so marginalisierten Teile der Bevölkerung müssen entweder durch Migration in die Städte oder durch Überausbeutung der ihnen verbleibenden Ressourcen ihr Überleben sichern. Besonders Frauen sind gezwungen, durch Subsistenzlandwirtschaft unter erschwerten Bedingungen ihre Familien zu ernähren. Dabei betreiben sie vor allem eine Überausbeutung ihrer eigenen Arbeitskraft. Ihre Lebenssituation würde sich kaum durch eine Begrenzung ihrer Kinderzahl verbessern; im Gegenteil stellen Kinder für sie eine lebensnotwendige zusätzliche Arbeitskraft und eine Versicherung für Alter und Krankheit dar.

Ungerechte Landverteilung und ungeeignete Landnutzungsmethoden sind in zahlreichen Ländern der Dritten Welt die Ursachen für Armut und Umweltzerstörung. Die Kolonisierung des Amazonas durch brasilianische Siedler beispielweise ist nicht Ausdruck einer Überbevökerung, sondern Folge einer Landverteilung und Agrarpolitik, die immer mehr Menschen landlos macht. Heute besitzt in Brasilien 1 Prozent der landwirtschaftlichen Betriebe 60 Prozent der nutzbaren Fläche. Die Mehrzahl aller kleinen Betriebe (52 Prozent) muß sich dagegen mit 3 Prozent der Fläche begnügen. Eine Folge dieser Landkonzentration ist u. a., daß von den 970 000 Quatratkilometern bebaubaren Bodens außerhalb Amazoniens lediglich 500 000 Quadratkilometer genutzt werden. Alleine eine Enteignung der brachliegenden Flächen würde in Brasilien einer Landbevölkerung von 39 Millionen Menschen die doppelte Fläche der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung stellen. Eine bedeutende Rolle bei der Zerstörung tropischer Wälder spielen spontane und staatlich geförderte Umsiedlungsbewegungen. So dient das dichtbevölkerte Java der Weltbank, der Bundesregierung und der indonesischen Regierung als Rechtfertigung, Millionen Menschen in unberührte Regenwaldgebiete umzusiedeln und Bevölkerungsprogramme durchzuführen. Auch auf Java besitzen lediglich 10 Prozent der Betriebe 35 bis 50 Prozent des verfügbaren Landes. Nahezu 40 Prozent der Landbevölkerung sind landlos. Landreformen und Investitionen in eine arbeitsintensive und umweltverträgliche Bodennutzung für den Anbau von Nahrungsmitteln für die einheimische Bevölkerung sind die Alternativen zu exportorientierter Landbewirtschaftung, umweltzerstörenden Umsiedlungs- und frauenfeindlichen Bevölkerungsprogrammen. Denn die Ernäh-

rungssituation der Bevölkerung hängt von der Verteilung des Besitzes und den Entscheidungen, wofür vorhandene Ressourcen genutzt werden sollen, ab.

Trotzdem werden Frauen im Weltbevölkerungsbericht 1988 in doppelter Weise für die Umweltzerstörung und Armut verantwortlich gemacht: „In dem Maße, wie die Politik einer tragfähigen Entwicklung Gestalt annimmt, wird den Frauen wahrscheinlich eine noch größere Verantwortung für einen sparsamen Umgang mit den Ressourcen zukommen." (Weltbevölkerungsbericht 1988, Kasten 2.) „Frauen spielen sowohl bei der Bevölkerungsentwicklung als auch bei der Erhaltung der Ressourcen eine zentrale Rolle. ... Erfolgsversprechende Programme, sei es im Bevölkerungs- oder Umweltbereich, richten sich daher in erster Linie an Frauen." (ebd. S. 4)

Obwohl kein direkter Zusammenhang von Bevölkerungsentwicklung und ökologischer Zerstörung nachgewiesen werden kann, soll Bevölkerungskontrollpolitik mit der ökologischen Argumentation ideologisch abgesichert und ihre öffentliche Akzeptanz gefördert werden. Unangetastet und unberücksichtigt bleiben damit die nationale und internationale ungleiche Verteilung und der Verbrauch von Ressourcen.

Internationale Träger der bevölkerungspolitischen Aktivitäten

Die wichtigsten internationalen Träger bevölkerungspolitischer Aktivitäten sind heute die UNFPA, die Weltbank und die IPPF. Alle drei Organisationen werden im wesentlichen durch Beiträge der westlichen Industrieländer finanziert und ihre Politik durch Repräsentanten dieser Länder bestimmt. Sowohl die Bevölkerungsaktivitäten der Weltbank als auch die Gründung der UNFPA als spezielle UN-Organisation für Bevölkerungspolitik waren durch den Einfluß der Lobby für Bevölkerungskontrolle in den USA geprägt.

Die Grundlage für bevölkerungspolitisches Handeln im internationalen Rahmen ist heute der 1974 in Bukarest verabschiedete und 1984 in Mexiko ergänzte Weltbevölkerungsaktionsplan (WPPA). Nach Ansicht der Bundesregierung kann eine nach den Grundsätzen des WPPA durchgeführte Familienplanungsaktion als seriös und freiwillig bezeichnet werden. Doch auch im WPPA wird das Recht der Eltern, in bezug auf ihre Kinderzahl selbst zu entscheiden, eingeschränkt. „Die Verantwortung der Paare und Individuen schließt bei der Ausübung dieses Rechtes die Berücksichtigung der Bedürfnisse der lebenden und zukünftigen Kinder und die Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft ein (§ 14f.). Ebenso wird der Souveränität der einzelnen Staaten in Fragen der Bevölkerungspolitik die gegenseitige Abhängigkeit der Völker, die gemeinsames Handeln bei Bevölkerungsproblemen erfordere, gegenübergestellt. „Die Formulierung und Implementierung von Bevölkerungspolitik ist das souveräne Recht jeder Nation. Dieses Recht wird ausgeübt ... unter Berücksichtigung der universalen Solidarität bei der Verbesserung der Lebensqualität der Menschen in der Welt" (§ 14).

Anreizsysteme und Freiwilligkeit

Die Bundesregierung betonte wiederholt die Freiwilligkeit der Familienplanung sowohl was die eigenen Programme angeht als auch in bezug auf die Programme, die von IPPF, UNFPA und Weltbank durchgeführt werden. Die Art der Organisation dieser Programme und ihre Eingebundenheit in die nationalen Programme lassen jedoch erkennen, daß die Freiwilligkeit in vielen Ländern nicht gewährleistet ist und dies auch bewußt in Kauf genommen wird.

Die Bundesregierung, die Weltbank und auch die UNFPA betonen in ihren Evaluierungen, daß ein starkes Engagement der Regierungen in bezug auf die Bevölkerungspolitik ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Programme ist. Dieses starke Engagement, das den Regierungen z. B. in Indonesien, Bangladesh, Thailand, Kenia, Mexiko und neuerdings Ruanda bescheinigt wird, schließt laut Definition die Formulierung quantitativer bevölkerungspolitischer Ziele in den Entwicklungsplänen und den Einsatz von Anreizen und Sanktionen zur Durchsetzung der gewünschten Familiengrößen ein. So hat die Regierung Bangladeshs sich zum Ziel gesetzt, von 1985 bis 1990 3,4 Millionen Sterilisationen durchzuführen und die Zahl der Akzeptoren/innen einer Verhütungsmethode insgesamt von 4,5 Millionen auf 10,5 Millionen zu erhöhen. (UNFPA: Inventory S. 25.) Anreize für Familienplanung sind z. B. in Bangladesh, Indien oder auch Ägypten Geldsummen oder Geschenke für Frauen, die sich einer Sterilisation unterziehen oder eine Spirale eingesetzt bekommen.

Dabei geht die Weltbank von der Annahme aus, daß individuelle Geburtenkontrolle am besten durch sozialen Druck der eigenen Gruppe durchgesetzt wird.

Integrierte Programme

Hinter dem Konzept der sogenannten integrierten Programme und auch den Sanktionen und Anreizen innerhalb der Familienplanungsprogramme steht die Einsicht, daß die gewünschten bevölkerungspolitischen Ziele nicht erreicht werden können, solange lediglich der vorhandene Bedarf an Verhütungsmitteln gedeckt wird. Denn auch wenn dieser nach Aussagen des World Fertility Survey noch groß ist, akzeptieren die Frauen die angebotenen Verhütungsmittel nicht, wenn sie ihren Bedürfnissen z. B. wegen der gesundheitlichen Nebenwirkungen nicht entsprechen.

Entsprechend der Orientierung der nationalen Programme an quantitativen Zielen sind die wesentlichen Kriterien bei der Evaluierung der verschiedenen Ansätze zur Durchführung eines Familienplanungsprojektes die Zahl der auf Dauer Verhütungsmittel anwendenden Paare (Effektivität) und die Kosten, die pro Akzeptorin aufgewendet werden müssen (Effizienz). Hierbei wird besonders untersucht, ob es billiger ist, Familienplanung alleine oder zusammen mit anderen Maßnahmen, z. B. Gesundheitsfürsorge, Frauenförderung, Bildung oder einkommenschaffenden Projekten, anzubieten.

Die Bundesregierung verfolgt ähnlich der Weltbank offiziell einen integrierten Ansatz, bei dem Familienplanung zusammen mit

anderen Gesundheitsleistungen, besonders Mutter- und Kindfürsorge, oder anderen Entwicklungsprojekten, z. B. Mütterclubs, angeboten werden. Obwohl auf der Weltbevölkerungskonferenz 1974 soziale Veränderung gefordert worden war, bemüht sich die Weltbank immer wieder statistisch zu belegen, daß Familienplanung die Schlüsselrolle in der Bevölkerungspolitik spielen sollte. Sie zieht dann Vergleichsdaten über die Müttersterblichkeit und die durch die Benutzung von Verhütungsmitteln verursachten Todesfälle heran. Da jedoch zu der letzten Frage nur wenig Daten aus Entwicklungsländern vorliegen, handelt es sich hierbei nur um von den Verhältnissen in Industrieländern ausgehende grobe Schätzungen. (Siehe z. B. die Beiträge von Korte und Kesler in: Family Planning Strategies in the 1980s, Eschborn 1983.) Das heißt, Müttersterblichkeit wird ohne Berücksichtigung der sozialen Faktoren, die sie in Entwicklungsländern verursacht, dem Gesundheitsrisiko durch den Gebrauch von Verhütungsmitteln unter Bedingungen in Industrieländern gegenübergestellt. Auf diese Weise wird die Tatsache, daß Familienplanung u. U. einen Beitrag zur Senkung von Mütter- und Kindersterblichkeit leisten kann, instrumentalisiert, um die Unterordnung des Zieles Gesundheitsfürsorge unter das Ziel Geburtenkontrolle innerhalb der integrierten Programme zu legitimieren.

Die eingesetzten Verhütungsmethoden

An der Art der eingesetzten Verhütungsmethoden wird der technokratische, zielzahlenorientierte Ansatz der Familienplanungsprogramme besonders deutlich. Seit den fünfziger Jahren unterstützt die IPPF, später auch die UNFPA und die World Health Organisation (WHO) die Erforschung, Erprobung und Verbreitung neuer Kontrazeptiva. 1972 wird innerhalb der WHO das Special Program for Research, Development and Research Training in Human Reproduction (WHO-HRP) in Genf eingerichtet. Die Bundesregierung unterstützte dieses Programm 1986 mit 1,65 Millionen DM, 1987 und 1988 mit jeweils 1,2 Millionen DM. Sie ist einer der größten Geber dieser Organisation und im Policy and Coordination Advisory Committee vertreten. Das WHO-HRP ist weltweit maßgeblich beteiligt an der Erforschung und Erprobung neuer Kontrazeptiva und anderer Reproduktionstechnologien. Drei Viertel der Zentren, mit denen das WHO-HRP zusammenarbeitet, befinden sich in der Dritten Welt. Zu den durchgeführten Projekten gehören Tests mit noch nicht zugelassenen Kontrazeptiva an Frauen aus diesen Ländern und die weitere Erforschung der In-vitro-Fertilisation auch in Ländern der Dritten Welt.

UNFPA und Weltbank tragen ebenfalls finanziell zum WHO-HRP bei.

Für das gesuchte Verhütungsmittel, das endgültig alle Bevölkerungsprobleme lösen soll, werden folgende Kriterien aufgestellt: Es sollte lange wirken, Schwangerschaften sicher verhüten und gegebenenfalls reversibel sein. Seine Verbreitung muß leicht, flächendeckend und billig auch in Gegenden ohne entsprechende Infrastruktur möglich sein und die Benutzung keine hohe eigene

Motivation der Frauen erfordern. Obwohl die meisten Kontrazeptiva aus gesundheitlichen Gründen eine kontinuierliche medizinische Betreuung erfordern, wird in Entwicklungsländern bei der Verabreichung dieser Medikamente darauf verzichtet. Die Verbreitung von Verhütungsmitteln durch dafür nicht ausgebildetes Personal ist seit Beginn im Programm der Bevölkerungsplaner enthalten. So vertritt Frederic T.Sai, Senior Advisor in Bevölkerungsfragen im Population and Human Resources Department der Weltbank, daß „... zahlreiche Verhütungsmittel – u. a. Antibabypillen, Kondom, Schaumtabletten und selbst injizierbare Mittel – gefahrlos und wirksam von Nichtmedizinern verbreitet werden" (Finanzierung und Entwicklung März 1988: 30). Doch die angesprochenen Mittel, mit Ausnahme des Kondoms und der Schaumtabletten, setzen eine eingehende Untersuchung der Frauen zur Feststellung eventueller Gegenindikationen voraus und erfordern zusätzlich regelmäßige Folgeuntersuchungen. Vor allem muß die Möglichkeit der Beratung und Behandlung bei auftretenden Nebenwirkungen gegeben sein. Doch gerade das ist bei der Verbreitung der Methoden durch schlecht oder gar nicht ausgebildete Familienplanungsmitarbeiter/innen nicht gewährleistet.

Die Forschungen nach neuen Verhütungsmitteln konzentrieren sich auf solche Mittel, deren Anwendung von außen kontrolliert werden kann und bei denen Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Frau ausgeschaltet sind. Vor allem werden solche Mittel bevorzugt, die koitusunabhängig sind. Sie sollen keine Veränderung bestehender sexueller Tabus und Praktiken erfordern oder eine Selbstbestimmung der Frau über ihren Körper und ihre Sexualität sowie eine Beteiligung des Mannes an der Verhütung voraussetzen. Dies ist zumindest ansatzweise bei Rhythmusmethode, Diaphragma, Kondomen und Coitus Interruptus erforderlich. Forschung über Grenzen und Chancen dieser Mittel findet kaum statt. Ebenso bleibt die Einbeziehung der Männer in die Verantwortung für Verhütung (abgesehen von wenigen Versuchen mit Verhütungsmitteln für den Mann) und die Frage, unter welchen Bedingungen Frauen sich die notwendigen Kenntnisse für eine selbstbestimmte Anwendung von Geburtenkontrolle aneignen können, unberücksichtigt.

Die Richtung bei der Erforschung der neuen Verhütungsmittel zeigt, daß Frauen immer noch als „Babyfabriken" gesehen werden, wie es der Organisator der ersten Sterilisationscamps in Indien, Dr. Pai, ausdrückte (Peoples Magazine vol.3 no.4 1976). Die Fruchtbarkeit wird sowohl als Ursache für ihre eigenen gesundheitlichen und materiellen Probleme begriffen als auch durch die anwachsende Bevölkerungszahl als globale Gefahr. Für die Verantwortlichen der Bevölkerungspolitik ist somit die Senkung der Geburtenraten durch Verhütungstechnologie oberstes Ziel, wobei argumentiert wird, dies sei im Interesse der Frauen selbst. Selbst wenn die Mittel starke Nebenwirkungen hervorrufen und eine gesundheitliche Gefahr für die Frauen bedeuten, sind sie für die Frauen angeblich besser als weitere Schwangerschaften.

Frauen in Entwicklungsländern haben ein Bedürfnis nach und ein Recht auf Selbstbestimmung über ihren Körper und ihre Gebär-

fähigkeit. Die gegenwärtigen Familienplanungs- und Bevölkerungsprogramme, wie sie durch die internationalen Organisationen, Weltbank, UNFPA und IPPF, durchgeführt werden, und an denen sich die Bundesregierung direkt und mit eigenen Projekten beteiligt, erfüllen ihre Bedürfnisse nicht. Sie sind auf eine Art konzipiert, die zwangsläufig Mißbrauch, Zwang und schlechte Betreuung begünstigen, da unzureichend ausgebildete und überlastete Mitarbeiter/innen in erster Linie nationale quantitative Ziele erfüllen sollen. Sinnvoll können Familienplanungsprogramme nur dann sein, wenn es im Interesse der Frauen ist, die Zahl ihrer Kinder zu begrenzen.

Die Erkenntnis aber, daß dazu eine Veränderung der sozio-ökonomischen Bedingungen notwendig sei, wurde reduziert zu einem Ansatz, in dem diese Veränderung allein als Methode zur Akzeptanzsteigerung für Familienplanung begriffen wird. Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Bildung, die Hebung des allgemeinen Lebensstandards, Selbstbestimmung und Chancen für Frauen sind keine eigenständigen Ziele mehr, sondern werden nur soweit und auf eine Weise gefördert, wie es dem Ziel der Geburtenkontrolle dienlich ist.

Die Aktivitäten in Mütterclubs oder ländlichen Entwicklungsprojekten mit Familienplanungskomponenten richten sich nach dem Ziel aus, Akzeptorinnen für Familienplanung zu gewinnen. Bei der Verbindung von Mutter- und Kindfürsorge mit Familienplanung besteht die Gefahr, daß der Schwerpunkt ebenfalls zuungunsten der Gesundheitsfürsorge auf Familienplanung gelegt wird. Dies wird besonders wahrscheinlich, wenn Anreize für Mitarbeiter/innen in bezug auf Familienplanung gegeben sind und das Gesundheitssystem insgesamt nur in Abhängigkeit von der Bevölkerungspolitik entstanden ist. Die Behauptung Familienplanung leiste einen wesentlichen Beitrag zur Senkung der Müttersterblichkeit wird so zur Legitimation für die Vernachlässigung der eigentlichen Gesundheitsfürsorge und die Verwendung der für Gesundheitsfürsorge veranschlagten Gelder für Familienplanung. Bevölkerungsprogramme ignorieren die gesellschaftliche, religiöse und kulturelle Lebenssituation der Frauen in Entwicklungsländern. Diese sind keine Hausfrauen, als die sie immer noch in Entwicklungsprogrammen angesprochen werden, sondern überwiegend Produzentinnen. Ebenso sind die Familienstrukturen völlig unterschiedlich. Viele Haushalte werden von Frauen allein geführt. Die Forderung nach dem Schutz der Familie im Weltbevölkerungsaktionsplan und die Propagierung des Modells der westlichen Kleinfamilie mit zwei Kindern geht an ihrer Lebensrealität vorbei.

Mittel und Methoden zur Empfängnisverhütung müssen Frauen verfügbar gemacht werden unabhängig von bevölkerungspolitischen Zielen. Das schließt die Möglichkeit, sich Kenntnisse über den eigenen Körper und die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden anzueignen, ein. Eine Thematisierung der gesamten Lebenssituation der Frauen muß im Vordergrund stehen. Ökonomische, soziale und kulturelle Hindernisse, die sie an der Ausübung ihres Rechtes auf Selbstbestimmung über ihren Körper hindern, gehören genauso zum Thema Familienplanung, wie die Nebenwirkungen der Verhütungsmethoden.

Wir fragen die Bundesregierung:

Internationale bevölkerungspolitische Aktivitäten der Bundesregierung

Für Entwicklungshilfe im Bereich Bevölkerungspolitik im Rahmen der technischen und finanziellen Zusammenarbeit gab die Bundesregierung 1987 52,4 Millionen DM aus. Bei der UNFPA war die Bundesregierung 1988 mit 39,1 Millionen DM nach Japan das zweitgrößte und bei der IPPF mit 6,4 Millionen DM das sechstgrößte Geberland. Das heißt, die Bundesregierung beteiligt sich jährlich mit etwa 100 Millionen DM an den internationalen bevölkerungspolitischen Programmen. Noch nicht enthalten sind in diesem Betrag die Anteile der Bundesregierung an der Weltbank, den regionalen Entwicklungsbanken und bundesdeutschen Nicht-Regierungsorganisationen, die ebenfalls bevölkerungspolitische Programme durchführen und unterstützen. Die Bundesregierung gehört so zusammen mit Japan und den USA zu den größten staatlichen Gebern im Bereich Bevölkerungspolitik und Familienplanung. Sie trägt daher auch weit über den Rahmen der von ihr bilateral unterstützten Projekte die Verantwortung für die Konzepte und Strategien zur weltweiten Durchführung von Bevölkerungsprogrammen in Entwicklungsländern, sowie deren Implementierung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die betroffenen Frauen.

1. a) Warum hält die Bundesregierung es zur Zeit nicht mehr für notwendig, in bezug auf bilaterale bevölkerungspolitische Programme Zurückhaltung zu üben, wie es in den siebziger Jahren auf Grund der besonderen Situation der Bundesrepublik Deutschland im Hinblick auf die Bevölkerungspolitik während des Nationalsozialismus der Fall war?

   b) Inwieweit berücksichtigt die Bundesregierung im Rahmen der von ihr finanzierten bevölkerungspolitischen Programme die kulturellen und religiösen Lebenszusammenhänge von Frauen in den jeweiligen Ländern?

2. Wieviel von den finanziellen Mitteln, die die Bundesregierung zur Finanzierung der Entwicklungsprogramme der Weltbank beiträgt, wird für Familienplanung und Bevölkerungsprogramme verwendet?

   a) Wie hoch ist davon der Anteil, der für explizite Bevölkerungsprogramme verwendet wird?

   b) Welchen Anteil haben Aufwendungen für Familienplanung innerhalb der Gesundheitsprojekte der Weltbank?

Im WPPA wird gefordert, Bevölkerungsbewegungen und nationale Wirtschaftspläne aufeinander abzustimmen. Weltbank, UNFPA, IPPF und auch die Bundesregierung sehen die bevölkerungspolitischen Programme als einen integralen Bestandteil der Entwicklungs- und Umweltschutzpolitik an. In einem vom BMZ 1980 in Auftrag gegebenen Gutachten empfiehlt Hilde Wander, Mitglied des Unterausschusses „Fragen der Bevölkerungspolitik" des wissenschaftlichen Beirats des

BMZ, Gesundheits-, Familien- und Bildungspolitik zielgerichtet aufeinander abzustimmen. „Lebensverhältnisse, Wertnormen und Verhaltensweisen aller Bevölkerungsschichten müssen planmäßig verändert werden. So wird Bevölkerungspolitik zum Instrument der Entwicklungspolitik. Sie kann insbesondere mithelfen, Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Arbeitspotentials zu heben." Im weiteren führt sie aus, daß „entwicklungskonforme Verhaltensänderungen" notwendig für den sozialen und wirtschaftlichen Wandel seien.

Es geht also bei der Bevölkerungspolitik letztendlich nicht allein um die quantitative Begrenzung der Zahl, sondern um die qualitative Anpassung der Bevölkerung an die wirtschaftlichen Ziele. Vor diesem Hintergrund wird auch das Drängen auf Bevölkerungspolitik in eher dünnbesiedelten Entwicklungsländern und in Industrieländern verständlich.

3. Im Bericht über die Bevölkerungsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland von 1984 heißt es: „Weltweit gesehen stellen die Auswirkungen dieses Bevölkerungswachstums ein schwerwiegendes, wenn nicht das größte Problem überhaupt dar."

   a) Nach welchen Kriterien bewertet die Bundesregierung die Geburtenraten eines Landes, die Bundesrepublik Deutschland eingeschlossen, als zu hoch, bzw. zu niedrig?

   b) Welche demographischen Folgeprobleme sieht die Bundesregierung, wenn die Geburtenraten in den Entwicklungsländern sinken?

4. In welcher Weise sollte Bevölkerungspolitik nach Auffassung der Bundesregierung die Beeinflussung qualitativer Aspekte wie Verhaltensweisen, Wertnormen (auch in bezug auf die gewünschte Kinderzahl), Gesundheit und Bildung einschließen?

Zusammenhang von Bevölkerungswachstum, Ökologie und Entwicklung

Im Weltbevölkerungsbericht 1988 wird erklärt, daß man nicht genug über die vielschichtigen Zusammenhänge zwischen Bevölkerung, Ressourcen und Umwelt weiß. Es ist auch inzwischen an verschiedenen historischen und aktuellen Beispielen deutlich geworden, daß weder rasches Bevölkerungswachstum, wie z. B. in den USA im 19. Jahrhundert, noch eine sehr hohe Bevölkerungsdichte wie in den Niederlanden anhaltenden Wohlstand behindern. Ebenfalls läßt sich keine unbedingte Relation zwischen der Höhe des Bruttosozialprodukts und dem Bevölkerungswachstum eines Landes herstellen. Trotzdem wird nach wie vor durch die Weltbank, die UNFPA, die IPPF und auch die Bundesregierung behauptet, starkes Bevölkerungswachstum verursache sowohl Armut als auch die Umweltzerstörung und verhindere daher Entwicklung.

5. Wie erklärt die Bundesregierung den ursächlichen Zusammenhang zwischen Bevölkerungswachstum und Umweltzerstörung, im besonderen die ursächliche Beziehung zwischen

a) Bevölkerungswachstum und Hungersnöten,

b) Bevölkerungswachstum und Versteppung,

c) Bevölkerungswachstum und klimatischen Veränderungen?

6. Kann die Bundesregierung die Kausalität dieser Zusammenhänge an einigen Beispielländern, in denen sie bevölkerungspolitische Programme unterstützt, belegen?

7. Wie begründet die Bundesregierung die besondere Verantwortung der Frauen für den Umweltschutz?

Staatliche Souveränität und Struktur von Anpassungsprogrammen

In ihrer Entwicklungszusammenarbeit wird die Bundesregierung laut den Grundlinien zur Entwicklungspolitik von 1986 verstärkt solche Länder berücksichtigen, die Anpassungsmaßnahmen gemäß den Empfehlungen des Internationalen Währungsfonds oder der Weltbank eingeleitet haben. Dabei wird sie ihre Mittel in Übereinstimmung mit den Anpassungsprogrammen und zu ihrer Ergänzung einsetzen.

Das umfangreiche Datenmaterial, das die UNFPA über die Bevölkerungsentwicklung in einzelnen Staaten erhob, wird heute zur Grundlage für die Forderung an die verschuldeten Länder, Bevölkerungsprogramme einzuführen. Die brasilianische Regierung, die bisher das Bevölkerungswachstum in Brasilien eher als zu gering bzw. zufriedenstellend angesehen hat, änderte so unter Einfluß der IWF-Verhandlungen ihre Ansicht. Der Präsident spricht heute von einer „demographischen Explosion", und die Regierung beginnt Anstrengungen in Richtung Familienplanung zu unternehmen. Brasilien hat eine Bevölkerungsdichte von 16 Einwohnern/km^2.

Zur Zeit wird besonders massiver Druck auf die afrikanischen Länder ausgeübt. Die UNFPA führt in sieben Ländern, denen sie 1988 höchste Priorität gab (Kap Verde, Gabun, Lesotho, Swasiland, Benin, Uganda und Zambia), „Comprehensive Population Programs" durch. Die IPPF bekommt von der Weltbank für verschiedene Programme in Afrika Geld. Das ist das erste Mal, daß die Weltbank ein Projekt durch ein NGO implementiert. Der Grund ist hier offensichtlich, daß über die IPPF unverdächtig Bevölkerungspolitik eingeführt werden kann, wo noch kein Regierungsprogramm besteht. Wo bei den Regierungen kein Einverständnis für die Formulierung einer Politik der Geburtenbegrenzung zu erreichen ist, wird Bevölkerungspolitik zunächst über den Umweg der Mutter- und Kindfürsorge mit dem vordergründigen Ziel, im Interesse der Mütter die Geburtenabstände zu erhöhen, eingeführt. Die oft mit Hilfe der Weltbank oder UNFPA eingeführten nationalen Gesundheitssysteme mit dem Schwerpunkt der Mutter- und Kindfürsorge dienen so hauptsächlich der Vorbereitung von Bevölkerungsprogrammen.

In mehreren afrikanischen Ländern, in denen zur Zeit Strukturanpassungsmaßnahmen durchgeführt werden bzw. IDA-

Kredite aus dem Sonderfonds für Afrika südlich der Sahara vergeben werden, wurde in den letzten Jahren auch mit bevölkerungspolitischen Programmen begonnen, wie z. B. in Ruanda und Sierra Leone 1982, oder zumindest Familienplanungsmaßnahmen in die Gesundheitsfürsorge einbezogen. In Ruanda, Ghana, Burkina-Faso, Uganda, Malawi und anderen Staaten beteiligt sich die Weltbank selbst an der Etablierung von Gesundheitswesen, die auf eine Durchführung bevölkerungspolitischer Maßnahmen abzielen. Die Bundesregierung beteiligt sich in Sambia, Simbabwe, Ruanda, Mali, Uganda und anderen afrikanischen Ländern an Familienplanungsprogrammen.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, daß die Aktivitäten der IPPF in Ländern, die keine nationale Bevölkerungspolitik formulieren, die Etablierung einer solchen zum Ziel haben?

9. Hält die Bundesregierung die Erhebung und Verwaltung von Daten zur Bevölkerungsstatistik einzelner Staaten durch internationale Organisationen für gerechtfertigt und warum?

   a) Wie sieht sie die Souveränität dieser Staaten in Fragen der Bevölkerungspolitik unter diesen Umständen gewährleistet?

   b) Hat sie Kenntnis von der Manipulation dieser Daten, bzw. dem Einsatz solcher Daten, um den Forderungen internationaler Organisationen nach bevölkerungspolitischen Aktivitäten in diesen Ländern Nachdruck zu verleihen?

10. Hält die Bundesregierung den Druck, der durch die Weltbank im Bereich Bevölkerungspolitik auf lateinamerikanische und afrikanische Länder (z. B. Brasilien) ausgeübt wird, für vereinbar mit der im WPPA festgelegten Souveränität der einzelnen Staaten in Fragen der Bevölkerungspolitik?

11. Ist der Bundesregierung bekannt, daß die Weltbank Strukturanpassungsmaßnahmen von der Zustimmung zu Bevölkerungspolitik abhängig macht?

    a) Wenn ja, in welchen Ländern führt die Weltbank Strukturanpassungsmaßnahmen mit bevölkerungspolitischen Aspekten durch?

    b) Wo ist in solchen Fällen die Bundesregierung in welcher Höhe beteiligt?

    c) Welche Möglichkeit hat die Bundesregierung, Einfluß auf solche Konditionierungen zu nehmen und in welcher Weise nimmt sie solche Möglichkeiten wahr?

12. Welche Kenntnis hat die Bundesregierung von den Methoden, mit denen die Berater der Weltbank oder des IWF den Regierungen zu der Institutionalisierung solcher Programme rät?

13. a) Führt die Bundesregierung in den Ländern, in denen sie sich an Strukturanpassungsmaßnahmen beteiligt, in diesem

Rahmen auch Familienplanungsprogramme durch oder berät die Regierung in Bevölkerungsfragen?

b) Wenn ja, in welchen Ländern?

Anreizsysteme, integrierte Programme und Freiwilligkeit

Schon 1979 war in einem Arbeitspapier der Weltbank zur Familienplanung (no. 345) zu lesen, daß die Tage der absoluten Freiwilligkeit, in den Ländern, die das Problem ernst nehmen, vorbei seien. Unterschiedliche Anreiz- und Sanktionssysteme sind seitdem erprobt worden. Dazu gehört die Vergabe von Geldern an Akzeptoren/innen von Sterilisationen und IUD's, oder auch die Bindung von kollektiven und individuellen Hilfen an die Bedingung, Familienplanung zu praktizieren. Die Bundesregierung betont im Zusammenhang mit ihrer bevölkerungspolitischen Entwicklungshilfe den Grundsatz der Freiwilligkeit und die Wahrung der Menschenrechte.

14. Auf welche Weise setzt die Bundesregierung sich konkret dafür ein, daß in den von ihr mitfinanzierten Bevölkerungsprogrammen der Grundsatz der Freiwilligkeit gewahrt bleibt?

15. Hält die Bundesregierung Anreize in Form von direkten Leistungen für Frauen, die sich nach dem dritten oder vierten Kind freiwillig sterilisieren lassen, für berechtigt?

16. a) Kann die Bundesregierung sicherstellen, daß innerhalb der von ihr unterstützten bilateralen und multilateralen Familienplanungsprojekte keine finanziellen und materiellen Anreize an Mitarbeiter oder Akzeptoren/innen von Verhütungsmitteln gegeben werden?

    b) Wenn nicht, wie kann die Bundesregierung garantieren, daß trotz der, wie auch immer gegebenen Einbindung der Familienplanung in ein System von Anreizen und Sanktionen, der Grundsatz der Freiwilligkeit bewahrt bleibt, wobei Freiwilligkeit der von sozialer Not und anderen materiellen Erwägungen freie Wunsch zur Benutzung eines angebotenen Verhütungsmittels bedeutet?

17. a) Kann die Bundesregierung gewährleisten, daß die von ihr im Bereich Familienplanung unterstützten Organisationen oder Staaten keine materiellen Anreize oder andere Methoden des Zwanges benutzen, um die Akzeptanz von Familienplanung zu steigern?

    b) Wenn nicht, wie kann die Bundesregierung die Unterstützung solcher Organisationen und Staaten mit der von ihr deklarierten Freiwilligkeit vereinbaren?

Die indische Regierung betreibt seit 1952 offiziell Bevölkerungspolitik. Der Fünfjahresplan von 1986 bis 1990 sieht zur Erreichung der Zwei-Kind-Norm für diesen Zeitraum 31 Millionen Sterilisationen und 21,3 Millionen Einsetzungen von Spiralen vor. Sowohl die Akzeptoren/innen dieser Verhütungsmethoden als auch die an dem Eingriff beteiligten Familienplanungsmitarbeiter/innen bekommen landesweit eine

monetäre Kompensation dafür. Die IPPF führt im Rahmen dieser Regierungsprogramme in Kalkutta Sterilisationen durch, bei denen die Frauen das Motivationsgeld erhalten. UNFPA und die Weltbank sind im Rahmen von Verträgen mit der indischen Regierung für die Durchführung der Bevölkerungsprogramme in verschiedenen, besonders unterversorgten Distrikten zuständig. Auch hier werden Sterilisationen ausgeführt und Spiralen eingesetzt, für die es die Motivationsgelder der Regierung gibt.

18. Ist die Bundesregierung der Ansicht, daß die von IPPF, UNFPA und Weltbank in Indien unter solchen Umständen durchgeführten Sterilisationen und die Verbreitung von Spiralen dem Gebot der Freiwilligkeit entsprechen?

    a) Falls nicht: Hat die Bundesregierung Aktivitäten unternommen, um eine derartige Praxis von IPPF, UNFPA und Weltbank zu unterbinden?

    b) Falls nein: Warum nicht?

Die Bundesregierung behauptete in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN zur Bevölkerungspolitik in Bangladesh (Drucksache 10/5232): „Die Bundesregierung beteiligt sich nicht an Förderungsmaßnahmen, die auf Sterilisation abzielen. Auch die anderen beteiligten Geber am bangladeshischen Bevölkerungsprogramm sowie die bangladeshische Regierung selbst betonen den freiwilligen Charakter des Programms." Doch die Regierung in Bangladesh gibt der nationalen Bevölkerungspolitik höchste Priorität. Für den Zeitraum von 1985 bis 1990 will sie mindestens 3,4 Millionen Sterilisationen durchführen. Dieses Ziel soll unter anderem durch die Vergabe von Anreizen an Mitarbeiter/innen und Akzeptoren/innen erreicht werden. Für eine Sterilisation bekommt eine Frau etwa 6 Dollar und einen Sari; für den Einsatz einer Spirale bekommt sie 1,65 Dollar. Die Motivationsgelder werden durch US-AID gezahlt, die Gehälter der Familienplanungsmitarbeiter/innen zahlt die Weltbank. Die Bundesrepublik Deutschland beteiligt sich finanziell am II. und III. Bevölkerungsprojekt der Weltbank in Bangladesh mit zusammen über 150 Millionen DM im Zeitraum von 1980 bis 1990. Die Mütterclubs, die durch die GTZ zur Erhöhung der Akzeptanz der Familienplanung im Distrikt Munshiganj zusätzlich finanziert werden, arbeiten eng mit der Regierung zusammen und beziehen die Thana Health and Family Planning Officers (THFPO) und Family Welfare Assistants (FWA) und Family Welfare Visitors (FWV), alles Mitarbeiter/innen des offiziellen Regierungsprogramms, in ihre Arbeit ein. Die FWA werden für ihre Tätigkeit 18 Monate ausgebildet, die FWV werden nur einen Monat auf ihre Tätigkeit vorbereitet.

Die Erfahrungen in den Mütterclubs zeigen, daß die FWV, die eigentlich die lokale Familienplanungsberatung durchführen sollen, lediglich bei Sterilisationen assistieren und auch die FWA Frauen zu Sterilisationen zu überreden versuchen, um die Motivationsgelder zu erhalten. Auch der lokale THFPO hat

seine Sollzahlen im Sterilisationsprogramm und übt auch innerhalb der Mütterclubs Druck in dieser Richtung aus.

19. Worauf stützt die Bundesregierung ihre Behauptung, daß das Familienplanungsprogramm in Bangladesh auf Freiwilligkeit basiert und alle beteiligten Geberorganisationen diesem Grundsatz folgen, wenn das gesamte nationale Programm auf dem Einsatz von Motivationsgeldern, sozialem Druck und der Erreichung bestimmter Sollzahlen basiert?

20. Welchen Stellenwert mißt die Bundesregierung innerhalb ihrer Entwicklungszusammenarbeit mit Bangladesh der Bevölkerungspolitik bei unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Ressourcen des Landes zu einer Versorgung der Bevölkerung bei gerechter Verteilung ausreichend wären?

    a) Hält sie finanzielle Anreize in Bangladesh für notwendig und gerechtfertigt?

    b) Wie sieht sie unter diesen Umständen – vor allem auch bei der dürftigen Ausbildung der Mitarbeiter/innen – die erforderliche Sorgfalt und Beratung bei der Familienplanung gewährleistet?

Das Bevölkerungsprogramm Indonesiens wird von der Weltbank als Erfolgsprogramm bezeichnet. Seit 1972 sind UNFPA und Weltbank gemeinsam an der Implementierung des nationalen Bevölkerungskontrollprogramms beteiligt. 1980 führte die Weltbank im Rahmen ihres zweiten Bevölkerungsprojektes ein sogenanntes Community Incentive Scheme ein. Dieses stellt nach eigenen Angaben eine direkte Intervention der Regierung in das Fruchtbarkeitsverhalten durch die Manipulation des sozio-ökonomischen Umfeldes dar, wobei die Weltbank davon ausgeht, daß individuelle Geburtenkontrolle am besten durch sozialen Druck der eigenen Gruppe durchgesetzt wird (Weltbank: Regional Aspects of Family Planning and Fertility Behaviour in Indonesia, 1981).

21. Hält die Bundesregierung das Community Incentive Scheme der Weltbank, wie es seit 1980 in Indonesien durchgeführt wird, für eine geeignete Methode, Frauen freiwillige Familienplanung anzubieten?

22. Mit welchen Methoden trägt die GTZ innerhalb ihrer regionalen Entwicklungsprojekte Ost-Kalimantan und West-Pasaman zur Verbreitung der Familienplanung bei, und welche Verhütungsmittel bietet sie an?

Die GTZ war bis 1987 beratend an der Gestaltung des ägyptischen Bevölkerungsprogramms beteiligt. Außerdem führte sie Ausbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter/innen durch und trug zur Erhöhung der Akzeptanz von Verhütungsmitteln bei.

23. In welcher Weise hat die GTZ im Rahmen dieser Tätigkeit Stellung genommen zu der Einführung materieller Anreize für Frauen, die Kontrazeptiva akzeptieren, und den Sonderzahlungen an Mitarbeiter/innen für Erfolge in der Familienplanung?

Die halbstaatliche Familienplanungsorganisation PDA (Population and Community Development Association) in Thailand wird unter anderem durch die GTZ, das BMZ, die Deutsche Welthungerhilfe, die Konrad-Adenauer-Stiftung, das Hilfswerk für Menschen in Not (München), die IPPF und die UNFPA unterstützt. Die PDA ist der Ansicht, daß Familienplanung der erste und dringlichste Schritt im Entwicklungsprozeß ist. „In einer Welt der endlichen Ressourcen muß Bevölkerungskontrolle im Vordergrund der Entwicklungsplanung bleiben" (Mechai Viravaidya, Generalsekretär der PDA, siehe Donner: Family Planning and Rural Development in Thailand, Eschborn 1986, Ü.d.V.).

Das integrierte Entwicklungsprogramm der PDA beinhaltet solche Projekte, bei denen individuelle oder kollektive Maßnahmen zur Verbesserung des Lebensstandards an die Akzeptanz eines Verhütungsmittels gebunden sind. Darunter fällt die Vergabe von Mastferkeln an Frauen, die diese solange nicht bezahlen müssen, wie sie nicht schwanger werden. Das BMZ finanzierte zusammen mit der Welthungerhilfe Teile des „Small Farmers Fair Price Program" der PDA. Hierbei wurden Produkte solcher Bauern/Bäuerinnen, die eine Familienplanungsmethode akzeptierten, zu subventionierten Preisen aufgekauft.

Der Sinn dieser integrierten Programme wird im Bericht der GTZ wie folgt beschrieben: „Familienplanung mag ein nicht allgemein empfundenes Bedürfnis sein und wird so nicht eingeschlossen, wenn die Gemeinschaften ihre Bedürfnisse äußern und Prioritäten angeben. Wenn ein PDA-Manager solchen Problemen begegnet, sucht er nach Ansatzpunkten, indem er Familienplanung in Verbindung mit anderen Maßnahmen anbietet, die zu den artikulierten Bedürfnissen der Gemeinschaft zählen, z. B. einkommensschaffende Projekte, allgemeine Gesundheitsfürsorge etc. Diese anderen Angebote werden als Vehikel benutzt, um Familienplanung jenseits der Akzeptanzgrenze der Zielgruppe zu fördern" (Donner: Family Planning and Rural Development in Thailand, Eschborn 1986: 115).

24. Stimmt die Bundesregierung mit der Ansicht der PDA überein, daß Familienplanung der erste Entwicklungsschritt sein muß?
    a) Falls nein, warum unterstützt sie eine Organisation, die solche Ansichten vertritt?
    b) Wie kontrolliert sie, daß im Rahmen der Tätigkeit einer solchen von ihr direkt und indirekt über die internationalen Geber unterstützten Organisation, die Maßstäbe und Kriterien der Bundesregierung für Familienplanung eingehalten werden?

25. Glaubt die Bundesregierung, daß es sich um die freiwillige Akzeptanz eines frei gewählten Verhütungsmittels handelt, wenn dieses wie in den Programmen der PDA die Bedingung für bestimmte einkommensfördernde Maßnahmen ist, und besondere Vergünstigungen für die Akzeptanz von Depo Provera gegeben werden?

26. Waren die durch das BMZ finanzierten Nahrungsmittelprogramme der PDA in Thailand ebenfalls mit der Verbreitung von Familienplanung verbunden?

    a) Wurde in dem „Food for Work" Programm der PDA, das durch das BMZ unterstützt wurde, auch unter den Teilnehmer/innen für die Akzeptanz von Verhütungsmitteln geworben oder Familienplanung zur Bedingung für eine Teilnahme gemacht?

    b) War die Verteilung der Produkte aus dem „Small Farmers Fair Price Program" an kambodschanische Flüchtlinge an die Akzeptanz von Familienplanung gebunden?

27. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der PDA, daß integrierte Programme das primäre Ziel haben, die Akzeptanz der Familienplanung auch da zu steigern, wo sie nicht vordringliches Bedürfnis der Frauen ist?

    Im Weltentwicklungsbericht von 1984 heißt es: „Eine Hauptaufgabe der Programme ist es, einen Teil der Nachfrage selbst zu erzeugen." In Bangladesh hat die Bundesregierung Mütterclubs eingerichtet, um das Interesse der Frauen an Familienplanung zu wecken, in Mali und Sambia führt die GTZ Frauenprojekte durch, bei denen ein Ziel auch die Verbreitung von Familienplanung ist.

    Entsprechend dem Ziel integrierter Familienplanungsprojekte, die Akzeptanz zu steigern, errechnete die Weltbank ausgehend von Datenmaterial des World Fertility Survey den Zusammenhang zwischen der Akzeptanz von Familienplanung und anderen Entwicklungsprogrammen. Dabei ergab sich, daß z. B. in Kolumbien eine Geburt verhindert wird, nachdem 270 Dollar für Erziehung aufgewendet wurden, aber durch Familienplanung wird eine Geburt schon bei einem Aufwand von 15 Dollar verhindert. Nur in Nepal sei durch Erziehung billiger eine Geburt zu verhindern, als durch Familienplanung. In ähnlicher Weise sei Familienplanung immer billiger als Kindersterblichkeitsbekämpfung, um eine Reduzierung der Geburtenrate zu erreichen. Nur in Kenia müssen weiterhin 250 Dollar für Familienplanung aufgewendet werden, um eine Geburt direkt abzuwenden, da Kinder nach wie vor gewünscht sind und die Kindersterblichkeit hoch ist (vgl. Weltbankbericht 1984).

    Deshalb werden auf Expertenempfehlung hin gerade in den afrikanischen Ländern, die am Anfang des prognostizierten sogenannten demographischen Übergangs stehen, zunächst Programme zur Senkung der Kindersterblichkeit durchgeführt. Anders läßt sich Familienplanung hier nicht kosteneffizient einführen. Die GTZ führte z. B. in Tansania zunächst ein Programm zur Kontrolle respiratorischer Erkrankungen bei Kindern ein, um dann 1987 mit Familienplanung zu beginnen. In Uganda richtete die UNFPA zunächst ein Mutter- und Kindprogramm mit Familienplanung ein, da die Regierung Bevölkerungspolitik noch ablehnt. Hier zeigt sich, daß der Ausbau des Sektors Gesundheit sowohl bei der Welt-

bank als auch der GTZ direkt logisch mit dem Ziel der Bevölkerungskontrolle zusammenhängt. Dabei kommt es aber in der Praxis dazu, daß in den entstehenden Gesundheitszentren die Verbreitung der Familienplanung Priorität vor anderen Leistungen erhält. Die Mutter- und Kindbetreuung kann so auch zur Erfassung der Frauen für Geburtenkontrolle funktionalisiert werden. Ein Verantwortlicher bei der GTZ für die Durchführung von FP-Programmen geht davon aus, daß innerhalb der Mutter- und Kindprogramme Familienplanung ein wichtiges Instrument für die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kindern ist. Männer können bei einem solchen Vorgehen kaum für Familienplanung angesprochen werden.

28. Beabsichtigt die Bundesregierung in ihren Programmen eine Versorgung der Bevölkerung mit Kontrazeptiva über den vorhandenen Bedarf hinaus, und wie verhält sie sich gegenüber entsprechenden Bestrebungen in Projekten, die von UNFPA, Weltbank und IPPF gefördert werden?

29. Ist das primäre Ziel der vermehrten Unterstützung von Gesundheitsprojekten in Afrika durch die GTZ, die spätere oder gleichzeitige Einführungen von Familienplanung, bzw. die Akzeptanzsteigerung für Geburtenkontrolle?

    a) Gibt es einen solchen Zusammenhang bei den GTZ Aktivitäten in Tanzania?

    b) In welchem Verhältnis stehen Familienplanung und andere Angebote in dem von der GTZ unterstützten Frauenprojekt in Sambia?

    c) Welche Ziele hat das für 1989 geplante Projekt zu Familienplanung und Sexualerziehung in der Zentralafrikanischen Republik, einem Staat, der für sich selbst das Bevölkerungswachstum als zu gering einschätzt?

    d) Welchen Stellenwert hat Familienplanung in den Basisgesundheitsprojekten der GTZ in Madagaskar, Sudan, Mali, Burkina-Faso und Uganda?

30. Welchen Anteil hat in den von der Bundesregierung geförderten Mutter- und Kindprogrammen tatsächliche Gesundheitsfürsorge gegenüber Familienplanung, und wie wird bei der vorauszusehenden Überlastung des Personals garantiert, daß nicht ausschließlich Familienplanung betrieben wird?

Zur Feststellung von Effizienz und Effektivität der verschiedenen Ansätze in der Familienplanung werden ausführliche Feldforschungen betrieben. Unter anderem finanziert die UNFPA solche Studien in dem von der USA finanzierten Internationalen Zentrum für Erforschung von Durchfallerkrankungen in Matlab Thana, Bangladesh (ICDDR,B). Dieses Institut hat die Bevölkerung des Distriktes Matlab in Bangladesh seit 1969 zum Objekt intensiver Feldforschungen gemacht. Dazu wurde der Distrikt, in dem 1972 187 523 Menschen lebten, in eine Behandlungsregion, die 70 Dörfer umfaßt, und eine Vergleichsregion mit 79 Dörfern eingeteilt. Von 1976 bis 1985

wurden die Auswirkungen von Familienplanung auf die Müttersterblichkeit getestet, indem in der Behandlungsregion Familienplanung angeboten wurde und in der Vergleichsregion nicht. Gleichzeitig wurde nur in der ersten Region stufenweise zusätzlich Gesundheitsfürsorge angeboten, um zu testen, wieviel Gesundheitfsfürsorge zur Erhöhung der Familienplanungsakzeptanz notwendig ist. Methode der Untersuchung waren regelmäßige Hausbesuche, bei denen Befragungen und in der Behandlungsregion z. B. auch die Verabreichung von Dreimonatsspritzen erfolgten (Studies in Family Planning, vol. 19, no. 1 1988).

31. Wie beurteilt die Bundesregierung die Evaluierung der integrierten Familienplanungsprogramme anhand der Kriterien von Zahl der Akzeptoren/innen, die auf Dauer ein Verhütungsmittel benutzen und den Kosten, die pro Akzeptorin aufgewendet werden müssen?

32. Hält die Bundesregierung Studien, wie sie durch die UNFPA in Matlab Thana durchgeführt wurden, für geeignet, um die Möglichkeit der Integration von Kinder- und Mütterfürsorge und Familienplanung zu evaluieren?

    a) Wie sieht sie die Wahrung der Intimsphäre, Datenschutz und das Recht auf freiwillige Familienplanung bei den untersuchten Familien in Versuchs- und Vergleichsregion gewährleistet?

    b) Wie beurteilt sie die Tatsache, daß bei solchen Versuchen Teilen der Versuchsgruppe bewußt Gesundheitsleistungen vorenthalten werden?

    c) Falls die Bundesregierung derartige Evaluierungsprojekte nicht unterstützt, welchen Einfluß kann sie innerhalb der UNFPA geltend machen, um derartige Projekte zu verhindern?

Die Bundesregierung hat in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN (Drucksache 10/5008) gesagt, die Verminderung der Geburtenraten sei nicht nur eine Frage der Anwendung von Verhütungsmaßnahmen, sondern habe letztlich mit Bewußtseinsveränderung sowie Beseitigung der vielfältigen Armutsursachen zu tun. Doch sowohl die GTZ als auch die Weltbank gehen davon aus, daß „großangelegte Familienplanungsprogramme, wenn sie gut organisiert sind, einen substantiellen Effekt auf die Fruchtbarkeit haben, unabhängig vom Einfluß sozio-ökonomischer Faktoren" (Family Planning Strategies in the 80's S. 46 1983).

33. Wie beurteilt die Bundesregierung vor diesem Hintergrund den Zusammenhang zwischen sozialer Entwicklung und Geburtenrückgang, und stimmt sie der Analyse der Weltbank zu, daß Familienplanungsprogramme eine Schlüsselrolle bei der Senkung der Geburtenraten spielen?

In Kenia muß das weltweit meiste Geld aufgewendet werden, um eine Frau zur Akzeptanz eines Verhütungsmittels zu bewegen. Der Grund hierfür ist, daß hohe Kinderzahlen nach wie

vor gewünscht sind. Studien ergaben, daß Kenianer/innen durchschnittlich sechs Kinder wünschen. Doch die Regierung hat die Vier-Kind-Politik verkündet und beabsichtigt, die Bevölkerungswachstumsrate von derzeit 4,2 Prozent auf 2,8 Prozent im Jahr 2000 zu senken. Die Weltbank, deren 2. Bevölkerungsprojekt in Kenia durch die Bundesregierung mitfinanziert wird, empfiehlt die Einführung materieller Anreize wie sie in Asien üblich sind, damit die Vier-Kind-Norm durchgesetzt werden kann. Konkret wird eine Politik gefordert, die den Bedarf nach Verhütungsmitteln steigert, schon vor einer sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung, die diesen Bedarf allein hervorrufen würde. Besonders werden sogenannte Information, Education and Communication Aktivitäten gefordert (Weltbank: Country Study Kenya, Population and Development, 1980). Die GTZ führt unter anderem solche IEC-Kampagnen in Kenia durch.

34. Unterstützt die Bundesregierung die Forderung der Weltbank nach Erzeugung von Bedarf nach Familienplanung in Kenia unabhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung, und welche Maßnahmen befürwortet sie dabei konkret?

Die Werbekampagnen für Familienplanung, die z. B. von UNFPA aber auch der UNESCO durchgeführt werden, zeigen oft in Wort, Bild und Schrift die Vorteile einer vierköpfigen Familie gegenüber einer mit vielen Kindern. Es wird davon ausgegangen, daß die Familiennorm, die den bevölkerungspolitischen Zielsetzungen der Regierungen entspricht, auch die vorteilhafteste für die Individuen sei. Die Weltbank schreibt dazu im Weltentwicklungsbericht 1984: „Den größten potentiellen Nutzen bietet die Familienplanung den ärmsten Bevölkerungsschichten."

35. Geht die Bundesregierung davon aus, daß eine Reduzierung der Kinderzahl in jedem Fall die Lebensbedingungen der Frauen und ihrer Familien in Entwicklungsländern verbessert? Wenn das nicht so ist: Warum unterstützt die Bundesregierung eine Politik, die zur Durchsetzung von Bevölkerungspolitik derartige Thesen verbreitet?

Eingesetzte Verhütungsmethoden

Sterilisation

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation gebrauchen heute weltweit 325 von 500 Millionen Frauen im gebärfähigen Alter moderne Verhütungsmittel; davon leben 217 Millionen in Entwicklungsländern. Über die Verbreitung der sogenannten „non-Supply" Methoden gibt es keine genaue Zahlen, vermutlich werden sie jedoch immer noch nach der Sterilisation am zweithäufigsten benutzt. Sterilisation ist die weltweit am meisten verbreitete Verhütungsmethode, die auch in einigen Industrieländern von Frauen gewählt wird. In Entwicklungsländern werden Sterilisationen häufig in Massenkampagnen durch mobile Teams durchgeführt. Adressaten/innen für solche Kampagnen sind vor allem und häufiger als Männer

Frauen der untersten Schichten, bei denen bei einem solchen Eingriff die Eileiter verschlossen werden (Laparoskopie). In Bangladesh, Thailand, China und Korea wird dieser Eingriff, bei dem eine Narkose notwendig ist und Einschnitte in der Bauchdecke gemacht werden, durch nur sechs bis zehn Monate ausgebildete Helfer/innen durchgeführt. Um die vorgegebenen Sterilisationsziele in Indien zu erreichen, werden in Laparoskopielagern täglich 300 bis 500 Frauen sterilisiert. Das Laparoskop wird zwischen den einzelnen Eingriffen nur unzureichend sterilisiert. Infektionen und andere Komplikationen treten dadurch überdurchschnittlich häufig auf. Frauen, die in solchen Lagern sterilisiert werden, kehren sofort zu ihrer täglichen Arbeit zurück, häufig fehlt jede Nachbetreuung. Die Indische Association of Gynaecological Endocopists hat wiederholt vor der Durchführung von Laparoskopien in Lagern gewarnt.

Die guatemaltekische Unterorganisation der IPPF, APROFAM, führt nach Angaben des Inventory of Population Projects in Developing Countries, das von der UNFPA herausgegeben wird, Sterilisationen an Männern und Frauen unter anderem auch durch mobile Teams durch. Mit Finanzierung der privaten US-amerikanischen Organisation Association for Voluntary Surgical Contraception führt sie in einem besonderen Projekt Sterilisation in unterversorgten Gebieten durch. Solche Gebiete sind in der Regel von Indianern bewohnt. In einem anderen Projekt führt APROFAM Tests mit verschiedenen Eileiterverschlußtechniken für weibliche Sterilisationen durch.

36. In welchem Umfang werden in den von der Bundesregierung bilateral unterstützten Familienplanungsprojekten und in den Projekten der IPPF, UNFPA und Weltbank Sterilisationen durchgeführt?

    a) Welchen Anteil hat dabei die weibliche Sterilisation gegenüber der männlichen?

    b) Welche Rolle spielen dabei durch mobile Teams durchgeführte Sterilisationsaktionen?

    c) Wie wirkt die Bundesregierung darauf hin, daß bei allen Sterilisationen ausreichende Vor- und Nachsorge der Patient/innen, hygienische und professionelle Durchführung und die Freiwilligkeit garantiert sind?

37. Auf welche Grundlage stützt die Bundesregierung ihre Aussage in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN (Drucksache 10/6005), daß APROFAM nur in geringem Umfang Sterilisationen durchführe und dabei strenge Kriterien einhalte?

    a) Hält die Bundesregierung diese Kriterien auch bei Sterilisationen durch mobile Teams in unterversorgten Gebieten für gewährleistet?

    b) Hat die Bundesregierung Kenntnis von den Sterilisationsmethoden, die APROFAM anwendet, bzw. testet?

Die Bundesrepublik Deutschland unterstützt seit 1977 das Trainings- und Forschungszentrum für Sterilisationstechnik der University of West Indies in Jamaika. Ein deutscher Forscher nimmt an den Sterilisationsforschungen teil.

38. Welche Ziele verfolgt die Bundesregierung bei diesem Projekt?

    a) Welche Sterilisationstechniken werden in dem Zentrum erforscht?

    b) Befürwortet sie den vermehrten Einsatz von Sterilisationen im karibischen Raum, z. B. auch durch mobile Teams?

    c) Will die Bundesregierung die Ergebnisse der Sterilisationsforschung auch in anderen Ländern nutzen? Wenn ja, wo?

Pille und Spirale

Die kontrazeptive Pille wird heute in den verschiedensten Ausführungen mit unterschiedlichen Anteilen von Gestagen und Östrogen produziert. Seit ihrer Erfindung in den fünfziger Jahren wird sie auch in der Dritten Welt angewendet und getestet. Wegen ernsthaften Nebenwirkungen der Pille und Gegenanzeigen für ihren Gebrauch, haben viele Frauen in Industrieländern bereits von dem Gebrauch der Pille Abstand genommen. Sie darf nicht genommen werden, wenn die Frau stillt, nicht von Raucherinnen und Frauen über vierzig. Die Einnahme bestimmter anderer Medikamente z. B. zur Behandlung von Tuberkulose, ist ebenfalls eine Gegenindikation. Diese Gegenindikationen, vor allem Tuberkulose und Stillen schließen die Pille für einen großen Teil der Frauen in Entwicklungsländern bereits aus. Die gewöhnlichen Nebenwirkungen der Pille sind vermehrte Kopfschmerzen, Schwindel und Depressionen. Langfristig können bei der Einnahme der Pille ein erhöhtes Krebsrisiko und verschiedene thrombotische Erkrankungen nicht ausgeschlossen werden. Die Einnahme der Pille erfordert eine eingehende Voruntersuchung und regelmäßige Nachuntersuchungen. Trotzdem wird die Pille in zunehmendem Maße in den durch die internationalen Organisationen unterstützten, sogenannten social marketing programs und im freien Verkauf von Nichtmedizinern ohne Rezept abgegeben. In Chile wird z. B. das hochdosierte Östrogen Progestagen Präparat Nupavin Fuerte der Firma Schering, das unter diesem Namen in der Bundesrepublik Deutschland nicht verkauft wird, frei verkauft. Die Weltbank befürwortet zur Deckung und Weckung des Bedarfs nach Kontrazeptiva in entlegenen Regionen den Einsatz nur wenige Wochen oder Tage ausgebildeter Mitarbeiter/innen, bzw. den Verkauf von Kontrazeptiva durch lokale Händler/innen, die einen Teil des Erlöses bekommen. Die Familienplanungsorganisation PDA in Thailand gehört zu den Protagonisten der Community Based Distribution of Contraceptives (CBD). Sie installierte ein landesweites Vermarktungssystem für orale Kontrazeptiva und Kondome, die durch lokale Händler oder andere geeignete

Dorfbewohner an die Frauen ohne Rezept verkauft werden. 20 Prozent des Erlöses geht dabei an den Verkäufer.

Intrauterinpessare (IUD oder Spiralen) gehören seit ihrer Erfindung in den sechziger Jahren neben Sterilisationen zu den von den Bevölkerungsplanern bevorzugten Verhütungsmitteln für Frauen in den Entwicklungsländern. In Indien und Ägypten werden monetäre Anreize an Frauen gezahlt, die sich ein IUD einsetzen lassen. Doch auch das IUD ist in allen seinen Ausführungen eine risikoreiche Verhütungsmethode. Es verursacht verstärkte Blutungen und Krämpfe. Die Blutungen tragen bei den oft anämischen Frauen zu zusätzlicher Belastung bei und hindern sie in einigen Ländern mit speziellen Menstruationstabus an der Ausübung ihrer täglichen Pflichten oder bestimmten religöser Riten. Wenn IUD nach Abtreibungen oder z. B. im Rahmen des sogenannten Post-Partum-Programms nach der Geburt eines Kindes eingesetzt werden, ist die Gefahr von Infektionen, ungeplanten Schwangerschaften oder dem Abstoßen der Spirale besonders groß.

39. a) Wie sieht die Bundesregierung gewährleistet, daß Mindestkriterien für die Vergabe von oralen Kontrazeptiva bei Community Distribution in Thailand eingehalten werden, d. h. daß Frauen vor dem Verkauf eines Pillenzyklus eingehend über Kontraindikationen befragt werden?

    b) Hält die Bundesregierung die Verbreitung der Pille durch nichtmedizinisches Personal für empfehlenswert, und wie sieht sie die Durchführung der für die Vergabe der Pille notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen gewährleistet, bzw. die Verabreichung einer auf die Bedürfnisse der Patientin abgestimmten Pille?

40. Werden im Rahmen der bilateralen Familienplanungsprogramme der Bundesrepublik Deutschland Pillen ohne ärztliche Vor- und Nachuntersuchung abgegeben?

41. a) Welche Kenntnis hat die Bundesregierung über den Vertrieb und Einsatz von auf dem bundesdeutschen Markt nicht zugelassenen Pillen, bzw. Spiralen in Familienplanungsprojekten durch UNFPA, IPPF oder Weltbank?

    b) Was tut sie, um die Verbreitung von für den Gebrauch in Entwicklungsländern nicht geeigneten Pillen und Spiralen zu unterbinden?

42. Auf welche Weise wirkt die Bundesregierung auf die von ihr unterstützten Organisationen IPPF, UNFPA und Weltbank ein, um sicherzustellen, daß im Rahmen von Familienplanungsprogrammen keine Verhütungsmittel, weder Pillen noch Spiralen, ohne die ausreichende ärztliche Vor- und Nachsorge abgegeben, bzw. eingesetzt werden?

Das von der GTZ durchgeführte Projekt an der University of West Indies umfaßt außer der Sterilisationsforschung die Untersuchung von Akzeptanz und Motivation zur Familienplanung und die Ausbildung von Mitarbeiter/innen aus dem gesamten karibischen Raum. Die GTZ ist auch in Ägypten,

Kenia und anderen Ländern an der Ausbildung von Familienplanungsmitarbeiter/innen beteiligt. Sie unterstützt zusätzlich die überregionalen Ausbildungszentren für Familienplanung in Harare (Simbabwe) und Ouagadougou (Burkina-Faso).

43. In welchen Verhütungsmethoden werden die an den Trainingskursen teilnehmenden Mitarbeiter/innen in diesen von der GTZ unterstützten Zentren ausgebildet?

    a) Wird hier die Verbreitung von Dreimonatsspritzen und Norplant gefördert?

    b) Werden hier nichtärztliche Mitarbeiter/innen zur Abgabe von Pillen, dem Einsatz von IUD oder der Ausführung von Sterilisationen ausgebildet?

    Wenn ja, in welcher Weise werden sie darauf vorbereitet?

Injizierbare Mittel

Injizierbare Mittel zur Verhütung von Schwangerschaften werden mittlerweile weltweit über vier Millionen Frauen verabreicht. Es handelt sich dabei um Noristerat (NET-EN) der Firma Schering und Depo Clinovir (Depo Provera) der Firma Upjohn. Diese Mittel werden Frauen alle drei Monate verabreicht. NET-EN muß in den ersten acht Monaten in Abständen von acht Wochen verabreicht werden. Beide Mittel beeinträchtigen den weiblichen Zyklus in erheblichem Maße. Eine umfangreiche WHO-Studie über den Einsatz injizierbarer Mittel bestätigt, daß weniger als ein Drittel der Probandinnen im ersten Jahr des Gebrauchs auch nur einen einzigen normalen Zyklus, definiert als Zyklus von 26 bis 35 Tagen bei einer 2 bis 8 Tage anhaltenden Blutung, gehabt hätten. Einige Frauen hatten kontinuierliche Blutungen über 21 Tage, andere erfuhren eine monatelange Amenorrhö. Zu diesen Irregularitäten bei der Menstruation kommen Kopf- und Bauchweh, Nervosität, Gewichtszunahme oder -abnahme. Der Einsatz von injizierbaren Kontrazeptiva wird von der WHO auch für stillende Mütter ab der sechsten Woche nach der Geburt empfohlen. Bei Säuglingen mit Neugeborenengelbsucht darf wegen der negativen Auswirkung der verabreichten Hormone auf die Leber nicht gestillt werden. Die Langzeiteffekte bei den betroffenen Kindern, deren Müttern injizierbare Kontrazeptiva während des Stillens verabreicht wurden, sind kaum erforscht. Langfristige Risiken für die Frauen sind Gebärmutterkrebs, diabetogene Wirkungen, Leberfunktionsstörungen und Herz- und Kreislauferkrankungen. Vorhandene Anfälligkeiten für diese Krankheiten sind eine Gegenindikation für die Verabreichung des Mittels. Alle Tierversuche haben das erhöhte Krebsrisiko bestätigt. Langzeituntersuchungen beim Menschen liegen nicht vor. Injizierbare Mittel sollen ebenfalls Frauen über vierzig nicht verabreicht werden. Nach dem Absetzen der Spritzen verzögert sich eine gewünschte Schwangerschaft bis zu acht Monaten. Folgen für spätere Geburten sind noch unerforscht. Die Mittel sollten innerhalb von fünf Tagen nach Einsetzen der Menstruation das erste Mal verabreicht werden.

Depo Provera wird z. B. in Thailand durch mobile Teams, die alle drei Monate die Dörfer abfahren, unter anderem auch in einem Projekt der GTZ eingesetzt. Unter solchen Bedingungen oder auch, wenn es wie in Bangladesh ambulant von Drogisten injiziert wird, können kaum die erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen durchgeführt werden. Wegen der nicht auszuschließenden Krebsgefahr wurden NET-EN und Depo Provera von der FDA (Food and Drug Administration) in den Vereinigten Staaten verboten. Simbabwe, wo Depo Provera bis 1981 das meistbenutzte Verhütungsmittel war, hat Depo Provera ebenfalls verboten. Indische Frauengruppen haben erfolgreich gegen die Fortführung der Tests mit NET-EN in Indien geklagt. Ihre Begründung war, die Ausrüstung des Gesundheitssystems in Indien sei nicht ausreichend, um ein Mittel mit soviel Gegenindikationen sachgemäß anzuwenden und die zu erwartenden Nebenwirkungen zu behandeln. Im Magazin „Progress" des WHO-HRP (2/1987) wird ebenfalls auf die Infektionsgefahr hingewiesen, die bei unzureichender Sterilisierung der Spritzen bzw. einer Wiederverwendung von Einmalspritzen entsteht. Indische Studien ergaben zudem, daß bei Frauen mit weniger als 40 Kilo Körpergewicht die Wirksamkeit von NET-EN abnimmt.

Norplant

Norplant ist eine der neueren Erfindungen der Bevölkerungsplaner. Dieses drei bis fünf Jahre wirksame, hormonelle Verhütungsmittel wird der Frau unter die Haut des Unterarmes gepflanzt und gibt von dort Hormone ab. Das Mittel birgt ebenfalls weitreichende Gesundheitsrisiken in sich. Das zeigt ein Überblick über die Erfahrungen mit dem bereits in mindestens 11 Ländern angewandten und in weiteren 18 Ländern sich in der Erprobung befindlichen Mittel. Nach der Implantierung kommt es zunächst zu verstärkten Blutungen, später läßt die Blutung nach oder bleibt ganz aus. 10 Prozent der Benutzerinnen bilden Eierstockzysten bis zu 10 cm Größe. Allgemein treten Depressionen, Nervosität, Kopfschmerzen, Schwindel und Muskelschmerz auf. Auswirkungen auf die Kinder stillender Frauen sind nicht untersucht. Begünstigung von Störungen der Leberfunktion und Diabetisgefahr werden befürchtet. Es gibt kaum Daten über die Einflüsse auf zukünftige Schwangerschaften. Zwei Fälle von Brustkrebs und zwei von Unterleibskrebs wurden bekannt. In China, wo bereits 12 000 Frauen Norplant eingesetzt bekommen haben, traten fünf Todesfälle auf. In einem Fall war die Tuberkulosekrankheit der Frau nicht berücksichtigt worden (vgl. die Berichte über Norplantstudien in der Zeitschrift „Contraception"). Die Bundesregierung liefert Depo Provera nach Kenia und Thailand, sie fördert u. a. in Kenia, Thailand und Ruanda die Verabreichung von Dreimonatsspritzen der Marke NET-EN bzw. Depo Provera. IPPF und UNFPA sind verantwortlich für die massenweise Lieferung dieser beiden Mittel in Entwicklungsländer. In dem Projekt der Bundesrepublik Deutschland zur Verbreitung der Familienplanung in Ruanda soll seit 1988

ebenfalls Norplant angeboten werden. Norplant ist auf dem bundesdeutschen Markt nicht zugelassen.

44. a) Was veranlaßt die Bundesregierung die Verbreitung von Norplant, Depo Provera und NET-EN trotz der bekannten Nebenwirkungen und der ungeklärten Langzeitrisiken, die zumindest eine in Entwicklungsländern nicht gewährleistete intensive ärztliche Betreuung notwendig machen, direkt im Rahmen bilateraler technischer und finanzieller Zusammenarbeit oder indirekt über die multilateralen Organisationen zu unterstützen?

    b) Hält die Bundesregierung Norplant und die injizierbaren Mittel für geeignete Kontrazeptiva, die unter den in Entwicklungsländern herrschenden Bedingungen zur Anwendung kommen sollten?

    Wenn ja, aus welchen Gründen?

    Wenn nein, was unternimmt sie, um weltweit auf einen sofortigen Test- und Anwendungsstopp von Norplant und injizierbaren Mitteln hinzuwirken?

45. Warum ist NET-EN und Depo Provera nach der „Roten Liste" auf dem bundesrepublikanischen Markt nur für solche Frauen, die kein anderes Mittel nehmen können, und Norplant gar nicht zugelassen, wird aber für den generellen Gebrauch in Entwicklungsländern empfohlen? Werden hier für verschiedene Frauen unterschiedliche Kriterien bei der Verabreichung von Verhütungsmitteln zugrunde gelegt?

46. Was hält die Bundesregierung von der Auffassung der Weltbank, die sich als richtungsweisend für die Praxis der Familienplanung erwiesen hat, daß selbst so risikoreiche Verhütungsmittel wie Injektionen weniger Risiken für die Frauen in der Dritten Welt beinhalten als weitere Schwangerschaften?

    Ist diese Feststellung eine Legitimation für den Einsatz dieser Mittel?

    Die GTZ ist an dem Programm der PDA in Thailand seit 1980 mit zwei mobilen Einsatzteams in 10 Distrikten beteiligt. Diese Teams fahren in dreimonatigem Abstand die Dörfer ab und verabreichen Frauen gegen Entgelt die Dreimonatsspritze Depo Provera und verkaufen andere Verhütungsmittel.

47. Welchen Vorteil sieht die Bundesregierung in der Förderung der Verbreitung der Dreimonatsspritzen in einem Land wie Thailand, wo bereits eine hohe Akzeptanz anderer Verhütungsmittel, z. B. Pille, Kondom, besteht?

48. Wird hier auf die Verbreitung einer von außen kontrollierbaren Verhütungsmethode zuungunsten weniger gesundheitsgefährdender Mittel gesetzt?

49. Wie gewährleistet die Bundesregierung die gesundheitliche Betreuung der Frauen, denen durch das mobile Team der GTZ alle drei Monate Depo Provera gespritzt wird?

a) Welche Möglichkeiten haben die Frauen bei in der Zwischenzeit auftretenden Nebenwirkungen, einen Arzt zu konsultieren?

b) Wie wird gewährleistet, daß Frauen die erste Injektion innerhalb von fünf Tagen nach Einsetzen der Menstruation bekommen, wenn das Team die Dörfer nur alle drei Monate besucht?

50. In Jamaica werden auch Tests mit Norplant durchgeführt. Ist die UWI an diesen Versuchen beteiligt oder liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, ob die UNFPA oder Weltbank an solchen Versuchen beteiligt ist?

51. Weiß die Bundesregierung von der Erprobung und Verbreitung von Norplant in Indonesien und ist sie, die Weltbank, UNFPA oder die IPPF an der Verbreitung dieses Mittels in Indonesien beteiligt?

52. Die GTZ unterstützt in Indonesien die Durchführung pharmakologischer Tests von Verhütungsmitteln.

    Um welche Mittel handelt es sich dabei, und unter welchen Bedingungen sollen sie in Indonesien eingesetzt werden?

53. a) Hat die Bundesregierung Kenntnis von den durch das WHO-HRP unterstützten Versuchen mit Norplant durch Wissenschaftler der Assuit Universität in Ägypten?

    b) Befürwortet sie die Ausbildung von Familienplanungsmitarbeiter/innen zum Einsatz von Norplant in Ägypten?

    Wenn ja, warum?

    Wenn nein, was tut sie gegen diesen Einsatz?

Die UNFPA unterstützt seit 1980 auch die Bevölkerungspolitik in China, die als die rigideste in der Welt gilt. Unter anderem trägt die UNFPA in China zur Finanzierung des Aufbaus von Produktionsanlagen für Steroide bei, die zur Herstellung von injizierbaren Verhütungsmitteln und des Implantats Norplant benutzt werden sollen.

54. Hält die Bundesregierung die Verbreitung dieser Verhütungsmittel mit Unterstützung der UNFPA angesichts des Zwangs, dem Frauen im Hinblick auf die Benutzung von Verhütungsmitteln in China ausgesetzt sind, dort für richtig?

Abtreibung und hcg-Immunisierung

Im Rahmen ihrer Aussage, nur freiwillige Familienplanung zu unterstützen, betonte die Bundesregierung wiederholt, daß sie die Durchführung von Abtreibungen nicht befürworte und ihre Beiträge an die UNFPA und IPPF an diese Bedingungen knüpfe. Diese Forderung trägt allerdings für Frauen in Entwicklungsländern nicht zu einer größeren Entscheidungsfreiheit bei. Gerade der Zugang zu professionell durchgeführter Abtreibung muß ein Recht für die Frauen auch in Entwicklungsländern sein, da sie auf Grund ihrer unsicheren Lebenssituation oft keine langfristige Familienplanung betreiben

können. Obwohl die Bundesregierung Abtreibungen im Rahmen der Familienplanung ablehnt, trägt sie indirekt mit ihren Zuwendungen zum WHO-HRP zur Erforschung und Erprobung einer Abtreibungspille und eines Antischwangerschaftsimpfstoffes bei. In den letzten acht Jahren hat das WHO-HRP an der Entwicklung eines solchen Impfstoffes gearbeitet, der auf die Neutralisierung des Hormons Gonadotrophin (hcg) hinwirkt. Dieses Hormon wird während einer Schwangerschaft durch den Embryo produziert und ist notwendig, um die Schwangerschaft aufrechtzuerhalten. Die Wirkung des Impfstoffes kommt also einem Abbruch der Schwangerschaft im frühen Stadium gleich.

Die Abtreibungspille der RU486 wurde vor ihrer Zulassung in Frankreich mit Mitteln der WHO-HRP in verschiedenen Entwicklungsländern an Frauen getestet. Sie erwies sich als weniger wirksam als herkömmliche Abtreibungsmethoden und ist mit erheblichen gesundheitlichen Nebenwirkungen verbunden.

55. Wie prüft die Bundesregierung nach, daß weder IPPF noch UNFPA ihre Gelder für Abtreibungen verwenden?

56. Warum lehnt die Bundesregierung jegliche Form der Abtreibung im Rahmen der von ihr unterstützten Familienplanungsprojekte ab, unterstützt aber die Erforschung von Abtreibung induzierender Verhütungsmitteln?

57. Hält die Bundesregierung den zur Zeit u. a. durch das WHO-HRP sich in der Erprobung befindlichen Impfstoff gegen Schwangerschaften für ein geeignetes Verhütungsmittel, das in Entwicklungsländern zur Anwendung kommen sollte?

    Wenn nein, was tut sie, um bei WHO-HRP auf die Einstellung der Forschung nach dem Impfstoff zu drängen?

    a) Wenn ja, wirkt sie darauf hin, daß die Reversibilität dieses Verhütungsmittels getestet wird, und wie schätzt sie die Wahrscheinlichkeit der Reversibilität ein?

    b) Hält sie den zukünftigen Einsatz eines solchen Mittels durch nichtärztliches Personal in unterversorgten Gebieten für vertretbar?

    c) Wie schätzt die Bundesregierung die Möglichkeit ein, daß Frauen mit diesem Impfstoff ohne ihr Wissen im Rahmen anderer Vorsorgeimpfungen behandelt werden?

58. Hält die Bundesregierung die weitere Erforschung alter und neuer hormoneller oder genetischer Verhütungsmittel für sinnvoll und notwendig, angesichts der Tatsache, daß alle bisherigen derartigen Mittel den problemlosen Einsatz in Entwicklungsländern nicht ermöglicht haben?

    Wenn nein, was tut die Bundesregierung, um die weitere Forschung nach solchen Mitteln einzuschränken?

59. Kann die Bundesregierung garantieren, daß bei der Forschungsarbeit des WHO-HRP und anderen von der UNFPA unterstützten Erprobungen von Verhütungsmitteln, die volle Information und Freiwilligkeit der Teilnahme aller Probandinnen gewährleistet ist?

    a) Was tut sie, um darauf hinzuwirken?

    b) Wie kontrolliert sie die Einhaltung solcher Richtlinien?

60. Wie beurteilt die Bundesregierung den Einsatz sogenannter natürlicher oder mechanischer Verhütungsmethoden in Entwicklungsländern?

    a) Wie beurteilt sie den Einsatz der Rhythmusmethode,

    b) des Diaphragmas,

    c) von Kondomen?

    d) Was tut sie, um die vermehrte Erforschung und den Einsatz dieser Methoden zu fördern?

61. Durch die integrierten Programme und die Art der gewählten Verhütungsmittel sind Frauen in erster Linie Adressatinnen internationaler Familienplanung.

    Sieht die Bundesregierung die Verantwortung für Familienplanung als alleinige Aufgabe der Frauen an?

    Falls ja, warum?

    Falls nein, warum unterstützt sie dann im Rahmen ihrer bilateralen Entwicklungshilfe in überwiegendem Maß Programme, die sich an Frauen als Adressatinnen von Familienplanung wenden?

    Was unternimmt sie im Rahmen ihrer internationalen bevölkerungspolitischen Aktivitäten, um Männer mit Verhütungsmethoden vertraut zu machen, die von ihnen oder gemeinsam mit ihrer Partnerin angewendet werden können?

62. Welche Informationen hat die Bundesregierung über Familienplanungsprojekte, die von einheimischen Frauen selbst initiiert wurden?

    In welcher Art und Weise unterstützt sie diese Projekte?

Bonn, den 29. Juni 1989

Frau Schmidt (Hamburg)
Volmer
Dr. Lippelt (Hannover), Frau Oesterle-Schwerin, Frau Dr. Vollmer und Fraktion

Druck: Thenée Druck KG, 5300 Bonn, Telefon 23 19 67
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51
ISSN 0722-8333